**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH W RAMACH PROJEKTU DBP DLA DZIELNICY PIEKŁO – „SĄSIEDZI”**

UWAGA! Prosimy wypełnić drukowanymi literami

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA**  |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **ROK URODZENIA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA UCZESTNIKA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **TEL. KONTAKTOWY uczestnika, rodzica lub opiekuna** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RODZAJ ZAJĘĆ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Podanie danych w postaci imienia, nazwiska, roku urodzenia, miejscowości zamieszkania dziecka oraz
nr telefonu rodzica lub opiekuna jest dobrowolne, ale ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości uczestnictwa w zajęciach**.

Czy wyrażasz zgodę na przetwarzanie Twoich i Twojego dziecka danych osobowych, podanych w formularzu, przez
Pałac Kultury Zagłębia w celu realizacji zajęć organizowanych w ramach projektu DBP dla dzielnicy Piekło „Sąsiedzi”?
 **Tak** □ **Nie** □

…………..…………………………………………………………
 Data, podpis uczestnika/rodzica/prawnego opiekuna

Czy wyrażasz zgodę na wykorzystanie wizerunku Twojego/ Twojego dziecka\* przez Pałac Kultury Zagłębia, w celu promocji projektu oraz promocji działalności PKZ?

 **Tak** □ **Nie** □ ……………………………………………………………………….
 Data, podpis uczestnika/ rodzica/prawnego opiekuna

***Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem uczestnictwa w zajęciach w ramach projektu DBP dla dzielnicy Piekło – „Sąsiedzi”.***

………………………………………………………………………….
Data, podpis rodzica /prawnego opiekuna

**\***niepotrzebne skreślić